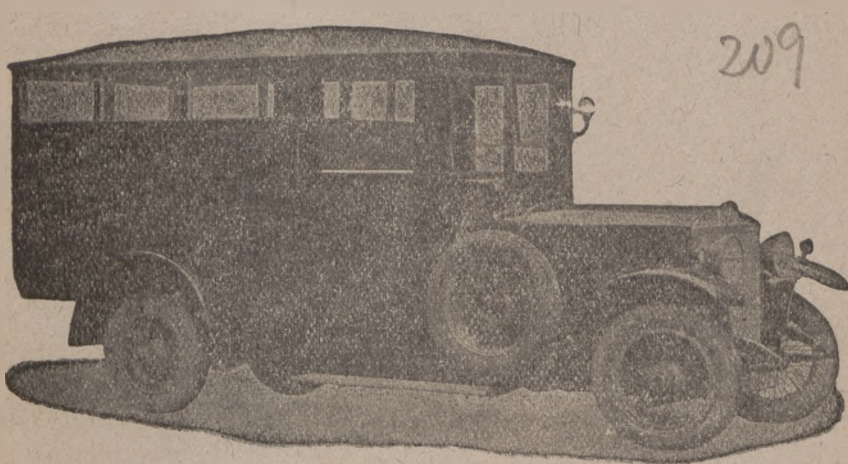
DORAŹNA POMOC LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, ORGAN POLSKIEGO KOMITETU DO SPRAW RATOWNICTWA I PIERWSZEJ POMOCY LEKARSKIEJ W WYPADKACH NAGŁYCH ORAZ STACYJ RATUNKOWYCH W POLSCE

WARSZAWA, LESZNO 58

KONTO w P. K. O. 7373 KONTO w K. K. O. 1086

Rok I — 1935 STYCZEŃ — LUTY Nr. 1 — 2



DORAŹNA POMOC LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, ORGAN POLSKIEGO KOMITETU DO SPRAW RATOWNICTWA I PIERWSZEJ POMOCY LEKARSKIEJ W WYPADKACH NAGŁYCH ORAZ STACYJ RATUNKOWYCH W POLSCE

WARSZAWA, LESZNO 58

KONTO w P. K. O. 7373 KONTO w K. K. O. 1086

Rok I — 1935 STYCZEŃ — LUTY Nr. 1 — 2

KOMITET REDAKCYJNY: Dr. Dr. J. Perl, R. D. Woyno, Z. Zdrojewski (Warszawa).

DO CZYTELNIKA

Polski Komitet do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych od lat 3 wydawał co miesiąc Biuletyn. odbijany na prawach rękopisu i wysyłany do władz państwowych i samorządowych oraz członków Komitetu.

W Biuletynie tym zamieszczaliśmy artykuły orginalne z zakresu ratownictwa lekarskiego oraz sprawozdania z działalności poszczególnych Towarzystw ratunkowych. Biuletyn jednak ze względów technicznych nie mógł rozszerzać swojej treści i objąć całokształtu ratownictwa w Polsce.

Wydział Wykonawczy Komitetu, pragnąc spełnić swe główne zadanie rozszerzania sieci stacji ratunkowych w Polsce i zachęcony powodzeniem Biuletynu, przystępuje do rozszerzenia jego ram i szerszego rozpowszechnienia idei samarytańskiej przez wydawnictwo „Doraźna Pomoc Lekarska" aby udostępnić ideę nietylko swym członkom i zainteresowanym instytucjom lecz i najszerszym warstwom społeczeństwa.

Wydawnictwo nasze będzie miało treść następującą:

1) *Artykuły oryginalne z zakresu ratownictwa lekarskiego.*
2) *Artykuły oryginalne z zakresu ratownictwa wogóle.*
3) *Streszczenia z zakresu piśmiennictwa polskiego i zagranicznego.*
4) *Sprawozdania z działalności Polskiego Komitetu do spraw ratownictwa.*
5) *Sprawozdania z działalności poszczególnych stacji ratunkowych w Polsce i zagranicą.*
6) *Życiorysy działaczy w dziedzinie ratownictwa.*
7) *Oceny druków i książek, nadsyłanych do redakcji.*
8) *Odpowiedzi redakcji na zapytania czytelników.*
9) *Wiadomości bieżące.*
10) *Ogłoszenia.*

Rozpoczynając w numerze obecnym nową działalność na polu samarytańskiem, zwracamy się do wszystkich komu idea ta jest drogą, o poparcie pisma nietylko przez prenumeratę, ale przez nadsyłanie do redakcji artykułów, dotyczących ratownictwa.

DR. EDMUND RASCHPICHLER.
Warszawa.

Postępowanie lekarza Pogotowia Ratunkowego w przypadkach krwotoków płucnych.

Według Klemperera 80 do 90% krwotoków płucnych ma swoją przyczynę w gruźlicy płuc, to też w rozważaniach swoich przedewszystkiem omówię krwotoki gruźlicze.

Aby zrozumieć i ocenić użyteczność różnych leków przeciwkrwotocznych należy zastanowić się nieco nad warunkami anatomicznemi i czynnościowemi, w których dochodzi do krwotoku czyli nad „mechanizmem" krwotoków gruźliczych.

Krwotoki płucne mogą pochodzić z układu naczyń krwionośnych, uskuteczniających wymianę gazową w płucach czyli z vasa publica t. j. odgałęzień tętnicy i żyły płucnej lub naczyń odżywiających płuca vasa privata t. j. odgałęzień tętnic i żył oskrzelowych. Przyczyny krwawień upatrujemy w czynnikach statycznych czyli anatomicznych oraz dynamicznych czyli czynnościowych.

Do grupy pierwszej należy stosunkowo rzadko spotykane krwawienie z nadżarcia (per diabrosin). Przyczyną takiego krwawienia może być:

1. gruzełek w ścianie naczynia krwionośnego;
2. gruzełek w vasa vasorum, co powoduje zniszczenie ścianki lub
3. zatory w małych naczyniach, jako skutek tworów gruźliczych, znajdujących się w dużych naczyniach. Fakt przeżarcia ściany naczynia krwionośnego zdarza się w przebiegu gruźlicy b. często ale krwotokiem objawia się to, jak zaznaczyłem, stosunkowo rzadko z następujących względów: a) uprzednio dochodzi zwykle do zamknięcia światła naczynia przez endarteritis tuberculosa diffusa; b) nie wszystkie naczynia mają łączność z oskrzelami lub pęcherzykami; c) mała ilość krwi w pęcherzykach płucnych może nie ujawnić się nazewnątrz. Krwotok z nadżarcia może wystąpić nagle u osobnika pozornie zupełnie zdrowego, stąd uważano za możliwe istnienie gruźlicy z krwioplucia t. zw. phtisis ab haemoptöe; w innych wypadkach rozpoznanie nadżarcia, jako przyczyny krwotoku, jest niełatwe. Należy jedynie podkreślić, że tego rodzaju krwotok wiąże się zwykle z poważniejszym skutkiem w przebiegu choroby.

Drugi rodzaj przyczyn anatomicznych prowadzi do krwawień miąższowych czyli przez przenikanie (per diapedesin) wskutek

obnażania powierzchni ziarninującej, co można porównać do zdrapania strupa.

Ten rodzaj krwawień występuje wskutek:

a) przekrwienia czynnego; b) ogniska pneumonicznego (wysiękowego), bo w wysięku biorą udział krwinki; c) zapalenia obwodowego, toczącego się dookoła ogniska gruźliczego (wytwórczego).

Krwotoki miąższowe łatwiej rozpoznać, gdyż charakteryzują się one małą ilością krwi, często pienistej, przyczem skok temperatury i samej choroby jest zwykle niewielki. Ostatnia i najczęstsza przyczyna to krwotoki z rozerwania naczynia (per rhexin) inaczej zwane krwotokami zastoinowemi.

Występują one zwłaszcza w gruźlicy włóknistej, przy której wskutek zwiększenia oporów w płucach powstaje przekrwienie bierne, co przy zmienionych toksycznie naczyniach prowadzi łatwo do pęknięć.

Do zwiększenia oporów w klatce piersiowej przyczyniają się: a) marskość płuc; b) blizny swoiste z uciskiem naczyń; c) rozedma płuc; d) nieżyt i roztrzenie oskrzeli; e) zrosty opłucnej; f) zniekształcenie klatki piersiowej. Powyższe sprawy prowadzą do przerostu a potem osłabienia prawej komory serca i zastoju w małem krążeniu. Do krwawień z rozerwania zaliczamy pękanie tętniaczków w zmienionych ścianach naczyń krwionośnych.

Tętniaczki powstają często w jamach gruźliczych. Krwawienia z rozerwania przychodzą zwykle bez zwiastunów, należą do ciężkich, gdyż związane są z zastojem w małem krążeniu, charakteryzują się akcentacją II-go tonu nad tętnicą płucną; bezpośrednią przyczyną ich bywa bądź wysiłek fizyczny jak np. bieg, bądź odwrotnie bezruch, jak np. sen, który przyczynia się do zastoju w płucach.

Z drugiej grupy przyczyn krwotoków czyli grupy czynnościowej należy wymienić przekrwienie czynne oraz przekrwienie bierne wskutek nawet czasowego osłabienia prawej komory. Podobne stosunki mogą wystąpić *we śnie*, kiedy serce pracuje wolniej, ruchy oddechowe są powierzchowne i prąd krwi ulega przez to zwolnieniu. Zastój może być również spowodowany przez *ruch*, przy którym serce kurczy się wprawdzie szybciej ale mniej wydatnie. *Bodziec nerwowy* przyczynia się do krwotoków wskutek ostrego przekrwienia płuc; wpływy *meteorologiczne* odgrywają rolę bliżej nieokreśloną, prawdopodobnie znaczenie mają tu nagłe zmiany ciśnienia i wilgotności powietrza; wpływ *konstytucji* jest również nieustalony — być może aplazja naczyń lub serce wiszące odgrywają tu

pewną rolę; należy wymienić ujemny wpływ słońca, proteinoterapji, leczenia tuberkuliną, jodem oraz aspiryną.

Specjalną uwagę należy poświęcić wpływowi kaszlu przy którym:

a) podnosi się ciśnienie w klatce piersiowej a naczynia krwionośne ulegają szarpaniu;

b) mięśnie szyi uciskają na żyły szyjne, stąd siność twarzy przy kaszlu;

c) przy kaszlu wysiłkowym prąd krwi ulega zwolnieniu.

Krwotoki w gruźlicy bezpośrednio zagrażają życiu b. rzadko i tylko w 0,1 — 0,2% kończą się śmiertelnie. Daleko częstsze powikłania groźne dla życia, zależą od losów krwi wylanej, co może prowadzić do niedodmy lub powstania ognisk swoistych lub nieswoistych. Na powyższą sprawę pierwszy zwrócił uwagę prof. Gluziński w.r. 1893. Gorączka po krwotokach należy do typu resorbcyjnego i zależy od pozajelitowego wchłaniania białka. Podziały krwotoków oparte bądź na ciężkości krwotoków, bądź na okresie trwania choroby, nie wprowadzają niczego nowego do całej sprawy. Odróżnienie mechanizmu krwotoku jest niełatwe i zostało już omówione wyżej. Tylko wyjątkowo sam pacjent może wskazać stronę krwawiącą.

L e c z e n i e k r w o t o k ó w. Krwawienie ustaje, gdy w naczyniu krwionośnym wytworzy się zakrzep. Ogólnie przyjęta teorja krzepnięcia krwi podaje, że trombokinaza t.j. ferment znajdujący się w ściankach naczyń, kanalikach sokowych i białych ciałkach krwi, w obecności soli wapnia, zawartych w surowicy, zmienia pro-trombinę, obecną stale we krwi, na trombinę.

Dopiero trombina, działając na fibrynogen, zawarty w surowicy krwi, zamienia go na fibrynę, stanowiącą szkielet skrzepliny. W leczeniu krwawienia staramy się wpłynąć na zmniejszenie światła otworu krwawiącego lub ułatwienie krzepliwości krwi. Zmniejszyć światło naczynia można dwiema drogami: przez ucisk lub środkami chemicznemi. Ucisk wchodzi w rachubę tylko wyjątkowo, gdyż musimy wiedzieć, która strona krwawi. Stosują wtedy ścisły opatrunek plastrem, cegłę lub worek z piaskiem, nakoniec odmę, która działa przez załamanie światła naczyń i oskrzeli oraz zmniejszenie ruchów oddechowych. Drugi sposób to środki chemiczne, które jednak nie przedstawiają większej wartości. Ocena tych środków jest utrudniona, gdyż krwawienie może się zatrzymać bez żadnych środków a więc spostrzeganie kliniczne powinno być uzupełniane doświadczalnie, zresztą stosowanie niektórych środków nietylko nie ma uzasadnienia teoretycznego lecz często stoi nawet w sprzeczności z fizjologją i farmakologją. Zacznijmy od s p o r y s z u (ergotyny). Działanie jego głównie dotyczy mięśni

macicy a nie naczyń płucnych, zwłaszcza zmienionych; pozatem niektórzy (Lubieniecki) podnoszą, że sporysz zwęża naczynia krwionośne wybiórczo i to głównie w jamie brzusznej, przez co dopływ krwi do serca i płuc raczej się wzmaga, co oczywiście może być szkodliwe. Powyższe uwagi odnoszą się również do gorzknika kanadyjskiego (hydrastis canadensis).

Działanie adrenaliny jest niesprawdzone, skuteczne jest prawdopodobnie przy krwawieniach miąższowych, gdyż w tych razach naczynia krwionośne są niezmienione. Adrenalina ma: a) uszczelniać ściany naczyń; b) przy skurczu naczyń część płynna krwi przechodzi do tkanek, a wracając porywa trombokinazę; c) przez wzmożenie pracy serca usuwa zastój w małem krążeniu.

Środki rozszerzające naczynia jak amylium nitrosum, przeciwgorączkowe, stosowane niekiedy w krwawieniach płucnych, spotykały się również z oceną krytyczną: jedni twierdzą, że amylium nitrosum działa jedynie na naczynia w stanie skurczu, inni, że środki te rozszerzają ale naczynia skórne i mięśni, zwężają zaś nieco naczynia trzew, przez co znów zwiększają ilość krwi w krążeniu małem.

W celu zmniejszenia ilości krwi stosuje się podwiązanie wszystkich 4-ch kończyn na przeciąg 1 — 2 godzin przyczem odwiązuje się kończyny kolejno. Przy zabiegu tym ma znaczenie prawdopodobnie zwiększenie fibrinogenu i trombokinazy przez zniszczenie wielu ciałek białych krwi.

Przystępujemy teraz do rozpatrzenia środków ułatwiających krzepliwość krwi.

A więc sól kuchenna, stosowana doustnie lub dożylnie (5 gr. — 10%) działa jako roztwór hypertoniczny, odciągający płyn z tkanek, przez co zwiększa się ilość trombokinazy. W użyciu soli kuchennej do wewnątrz wchodzi w grę okres nudności (nausea). Oddawna stosowanym jest chlorek wapnia, który użyty dożylnie w 5 — 20% roztworze, ma znaczenie przedewszystkiem przy istotnym braku wapnia, działa również, jako roztwór hypertoniczny, poprawia krążenie, działając na nerw sympatyczny serca, uszczelnia naczynia krwionośne i przez to działa najlepiej przy krwawieniach miąższowych. Niektórzy podnoszą też katalityczne działanie chlorku wapnia. Szereg autorów odnosi się jednak krytycznie do stosowania wapna, twierdząc, że może ono niekiedy nawet wzmagać krwotok, co wiążą z falą gorąca, odczuwaną zwykle po zastrzyku.

Żelatyna stosowana b. rzadko ma wzmagać krzepliwość krwi przez obecność w niej wapnia oraz jako obce białko.

Na działaniu obcego białka opiera się również stosowanie surowicy końskiej.

Ma tu następować przekrwienie czynne w ognisku gruźliczem, co zwiększa ilość zarówno trombokinazy, pochodzącej z białych ciałek, jak i fibrinogenu oraz protrombiny, pochodzących ze krwi. Stosowanie tego środka może mieć znaczenie jedynie przy małych krwotokach miąższowych lub z nadżarcia, natomiast nie ma zupełnie warunków działania przy krwotokach z rozerwania.

Terpentyna, naogół zarzucona, miała zwiększać ilość ciałek białych. Specjalna uwaga należy się środkom nasercowym, które są zalecone przez większość autorów i to zwłaszcza w dużych krwotokach z rozerwania, przy których mamy do czynienia z zastojem krwi w małem krążeniu.

A więc kamfora ma działać korzystnie, poprawiając pracę serca, pogłębiając oddech, co wspomaga krążenie i przeciwdziała zachłystowemu zapaleniu płuc. Podobne wskazania istnieją dla stosowania naparstnicy, która prowadzi do wyrównania między dużym i małym krążeniem.

Powszechnie używanym środkiem jest morfina mimo, iż większość autorów przestrzega lub wręcz odrzuca jej stosowanie, podkreślając wszystkie ujemne strony zniesienia odruchu kaszlowego, zmniejszenia rozległości ruchów oddechowych co może prowadzić do przykrych powikłań pokrwotocznych wyżej już omówionych. Zastosowanie morfiny w małych dawkach od 0,005 — 0,01, zwłaszcza przy pierwszym krwotoku, gdy chory jest przerażony i niespokojny, ma swoje dobre strony, gdyż działa kojąco. Przestrzec jednak należy przed stosowaniem morfiny na noc, gdyż ruchy oddechowe i tak są już osłabione. W praktyce „Pogotowia" stosowanie morfiny wydaje się również zbyt częste.

W pracy L. Fischera z Zakopanego z r. 1926 znajdujemy bardzo przychylną ocenę stosowania pituitryny przy krwotokach gruźliczych.*)

Zastosowanie jej opiera się na pracach Anglika Wiggersa (1911 r.) i Francuza Rista (1913 r.). Jak działa pituitryna dokładnie nie wiadomo; są jedynie przypuszczenia, że podnosi ciśnienie w dużym krwiobiegu a zmniejsza w małym (Wiggers); działa na mięśnie gładkie naczyń płucnych (Rist), lub zmienia rozmieszczenie krwi, działając na n. splanchnicus (Fischer). To ostatnie przypuszczenie opiera się na ubocznym objawie działania pituitryny w postaci bólu brzucha, parcia na

*) Do kufrów ratowniczych Pogotowia Ratunkowego w Warszawie wprowadzono pituglandol tytułem próby.

mocz i stolec, przyczem mogą wystąpić zawroty głowy, przyśpieszenie tętna oraz niepokój koło serca.

Pominąwszy wspomniane, niegroźne zresztą dla życia objawy uboczne, działanie pituitryny ma być prawie natychmiastowe, nawet przy dużych krwotokach, przyczem zwykle wystarcza jeden zastrzyk. Fischer stosował pituitrynę firmy Parke et Davis w ilości 1 amp. ($^1/_2$ cm.^{3}) rozpuszczonej w 2 cm.^{3} wody destylowanej lub roztworu fizjologicznego soli kuchennej przyczem wstrzykiwać należy dożylnie, b. powoli a więc w ciągu kilku minut.

L ó d, oczywiście sztuczny, stosowany do łykania ma tylko znaczenie dla usuwania podrażnienia kaszlowego, gdyż jakiekolwiek działanie oziębiające na naczynia płuc nie wchodzi w rachubę. Stale stosowany drażni żołądek i sprowadza zaburzenia w trawieniu. Przyłożenie lodu zewnętrznie wywołuje (wg. Lubowieckiego) zwężenie naczyń powierzchownych na dużej przestrzeni, a na drodze odruchowej, rozszerzenie w jamie brzusznej, co wpływa pośrednio na zmniejszenie krwi w małym krążżniu. Ponieważ według tegoż autora miejsce przyłożenia lodu nie odgrywo zupełnie znaczenia, w praktyce radzi on stosować lód na okolicę serca w celu jego uspokojenia.

W końcu ubiegłego stulecia profesor Moskiewskiego Uniwersytetu Zacharjin zalecał jako bardzo skuteczne stosowanie pijawek na okolicę kości ogonowej, przyczem nie umiał tego uzasadnić teoretycznie; przypuszczalnie działanie jest odruchowe,

Z innych środków stosowanych przy krwotokach płucnych należy wymienić: ś r o d k i c z y s z c z ą c e dla odciągnięcia krwi do jelit; oddychanie t l e n e m dla zmniejszenia głębokości oddechu; b a ń k i s u c h e, wspominane rzadko (Sokołowski, Lubieniecki), działające przez odciągnięcie krwi do powłok.

Dla umocnienia skrzepliny po krwotoku należy starać się o utrzymanie ciśnienia na niskim poziomie i dlatego zalecamy choremu s p o k ó j o g ó l n y, ale należy przestrzec przed zalecaniem bezwzględnego bezruchu (skutki Cadaver — Ruhe — Niemców), gdyż narząd chory t. j. płuca i tak musi się poruszać; u ł o ż e n i e półsiedzące, gdyż wtedy praca serca oraz wyksztuszanie są łatwiejsze. Zmiana położenia jest dozwolona, ale jedynie jako ruch bierny. R o z m a w i a ć chory może ale mało i półgłosem. D e f e k a c j ę należy ułatwić zapomocą lawatyw.

P o k a r m y przez pierwszą dobę powiny być zimne potem letnie, naogół w małych ilościach i lekkostrawne jak: kaszki, kompoty, jarzyny tarte, śmietanka; w czasie następnych dni pożywienie dobre,

łatwe do żucia i niewywołujące gazów. Stosowane duże ilości mleka są według Sterlinga przeciwskazane. Ze środków farmakologicznych przy małych krwawieniach stosujemy środki czyszczące oraz kamforę z morfiną do wewnątrz, czasami podskórnie; przy większych oprócz tego dożylnie hypertoniczny roztwór soli kuchennej, pozatem napastnicę do wewnątrz lub podskórnie. W przypadku powtórzenia się krwawienia chory przed przybyciem lekarza winien zażyć sól kuchenną w kryształkach, popijając jak najmniejszą ilością wody.

Na tle powyższych rozważań dane z Pogotowia Ratunkowego przedstawiają się jak następuje: w ciągu 20 miesięcy 1933/34 r. obserwowano 109 przypadków krwotoków w tem 8 śmiertelnych, 53 średnich, 48 określonych jako krwioplucie. Dane szczegółowe dotyczą 15 miesięcy 1933/34 r., podczas których obserwowano 80 przypadków, w tem 52 u mężczyzn ($62^1/_2$%) i 28 u kobiet ($37^1/_2$%). Do lat 20-u było 5 osób, między 20 i 30 — 23; 30 i 40 — 21; 40 i 50 — 14; 50 i 60 — 6; 60 i 70 — 6; 70 i 80 — 4; ponad 80 — 1. W dzień t. j. w godz. 8 - 22 było 49 przypadków, w nocy t, j. w godz. 22 - 8 — 31. Do szpitali odwieziono 40 osób a więc 50%.

Udzielenie pomocy polegało w 16 przypadkach na zastrzyknięciu morfiny; 14 — podaniu doustnie roztworu chlorku wapnia; 14 — opjum; 5 — bromu; 1 — zastrzyknięciu hypertonicznego roztworu soli kuchennej; 1 — zastrzyknięciu coagulenu; 1 — żelatyny; w 27 przypadkach nie zastosowano żadnych leków (w tem mieszczą się 4 wypadki śmierci).

Na podstawie powyższych, chociaż wielce skromnych danych statystycznych, można powiedzieć, że stosunkowo dużo było przypadków śmiertelnych; zwracało się o pomoc prawie dwa razy więcej mężczyzn niż kobiet; wiek chorych wahał się przeważnie między 20 — 50 rokiem życia ($72^1/_2$%); pora dnia nie odgrywała wyraźnej roli; wybór środków leczniczych najczęściej stosowanych budzi pewne zastrzeżenia.

Reasumując dochodzimy do wniosku, że niestety, skutecznego środka na zwalczanie krwotoków płucnych niema; środki stosowane przez jednych są uważane za obojętne lub wręcz szkodliwe przez innych; wyjątek stanowi tu hypertoniczny roztwór soli kuchennej, który należałoby w pracy Pogotowia częściej stosować zwłaszcza, jeżeli chorego zostawia się na dalszą kurację w domu; należy ograniczyć do minimum stosowanie podskórne morfiny a zwłaszcza zaniechać stosowania na noc. Nakoniec, w warunkach pracy Pogotowia winno zaniechać się doustnego stosowania chlorku wapnia, jako środka zupełnie nieskutecznego, a raczej stosować opjum lub chociażby, jak niektórzy czynią — brom.

Na zakończenie, wspomnę o krwotokach pochodzenia niegruźliczego, przyczem wchodzą w rachubę: zapalenie oskrzeli, zapalenie płuc, zapalnie płuc grypowe, rozstrzenie oskrzeli, pylica płuc, promienica, kiła, ropień, zgorzel płuca, bąblowiec, nowotwory, cierpienie białaczkowe płuc.

W razie dużego krwawienia przy zapaleniu płuc trzeba zwrócić uwagę na możliwość jednoczesnej wady serca, gruźlicy, alkoholizmu oraz marskości nerek.

Przyczyna krwotoku płucnego może leżeć poza płucami, w przypadku wady serca lub zastoju spowodowanego zrostami opłucnej, skrzywieniem kręgosłupa, guzami lub bliznami uciskającemi na naczynia, guzami gruczołów przy mediastinitis luetica i in. Tętniak aorty niewielki — może spowodować zastój, duży — pęknięcie do oskrzeli. Rzadką przyczyną krwotoków płucnych może być skaza krwotoczna. Nakoniec, Sterling obserwował krwawienia płucne naskutek przekrwienia czynnego, wywołanego czynnikami moralnemi lub fizycznemi np. gniewem lub wdychiwaniem chloru.

PIŚMIENNICTWO.

1. Dr. S. Sterling. „Krwawienia płucne". Polska Gazeta Lekarska, rok 1927.
2. Dr. L. Fischer. „O stosowaniu pituitryny przy krwiopluciach gruźliczych". Nowiny Lekarskie, 1926 r., str. 661.
3. Prof. A. Hoffman. „Nichttuberkuloese Lungenblutungen". Deutsche Mediz. Wochenschrift 1926 r., Nr. 38.
4. Prof. H. Lubieniecki. „Leczenie w krwawieniach wewnętrznych za pomocą środków naczyniowych i odciągających". Polska Gazeta Lekarska, 1923 r. str. 3 i 39.
5. Prof. F. Klemperer. Lungentuberkulose des Erwachsenen ihre Erkennung und Behandlung". Neue Deutsche Klinik, r. 1930, tom VI.

Z kroniki wypadków.

Akcja Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego w czasie wielkich mrozów.

W roku 1929 od dnia 6 lutego do 12 panowały wielkie mrozy, dochodząc w nocy z dnia 9 lutego na 10 do 34° C. Na stacje Pogotowia Ratunkowego zgłaszały się tysiące osób z odmrożeniami. Wobec wielkiego napływu odmrożonych, Zarząd Pogotowia Ratunkowego uruchomił dodatkowe ambulatorjum, gdzie lekarz przy pomocy trzech sanitarjuszy opatrywał i udzielał porad w ciągu 5 krytycznych dni—od 9 do 13 lutego. Przez stację centralną i filję przy ulicy Hożej przewinęło się 3168 osób, wśród których żydzi stanowili 75%.

W roku bieżącym dnia 6-go stycznia rozpoczyna się serja wielkich mrozów, trwająca do dnia 11 t. m. Pierwsi z odmrożeniami zaczęli zgłaszać się w nocy z dnia 6 na 7. Od wczesnego ranka dnia 7 stycznia przybywają na stacje Pogotowia już to

pojedynczo już to grupami mężczyźni z odmrożeniami różnych części ciała. Największy napływ chorych notuje się dnia 8 stycznia.

Z dnia 6 stycznia na 7 udzielono pomocy na centrali 7 osobom.

7	opatrzono na centrali	187	osoby, na filji pogotowia	16
8	„ „ „	284	„ „ „ „	32
9	„ „ „	37	.. „ „ „	3
10	„ „ „	28	na filji opatrzono jednego chorego	
11	„ „ „	3	na filji nieopatrzono już nikogo.	

Razem opatrzono na stacji centralnej 546 osób, na filji 52 osoby.

Ogółem przeszło przez stacje Pogotowia 598 osób. W liczbie 598 osób było żydów 248 (41,4%). Z przeważającą liczbę odmrożeń zgłaszali się mężczyźni, bo 586. Kobiet było zaledwie 6 (5 chrz. i 1 żydówka), dzieci z odmrożeniem było 6 (1 chrz. i 5 żyd.). Najmłodszy pacjent liczył sobie 2 lata (odmrożenie uszu). Gros wszystkich odmrożeń stanowiły uszy, to najczęściej lewe ucho, jakto już w swej notatce o akcji Pogotowia Ratunkowego w roku 1929 podczas mrozów stwierdził dr. Białokur. Wszystkich odmrożeń uszu było 548, dalej idą odmrożenia palców rąk w liczbie 24 przypadków, palców nóg 9 przypadków, po 5 przypadków odmrożeń policzków i nosa, trzy przypadki odmrożeń łydek (u kobiet) i po 2 przypadki odmrożeń brody i stopy. W wielu razach chodziło o odmrożenie kilku członków ciała, np. uszu i palców, nosa i policzków i t. p. Przeważnie chodziło o odmrożenie lekkie I stopnia, II stopnia odmrożeń było kilka i te dotyczyły palców nóg.

Udzielenie pomocy polegało na zastosowaniu już to maści ichtyolowej, już to octanotaninowej, zatem udzielano porad, co dalej mają robić (leczenie szpitalne w przypadkach II stopnia). *Dr. Obarski.*

Sprawozdania z posiedzeń.

Posiedzenie Zarządu Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie

Dnia 30 stycznia 1935 pod przewodnictwem prezesa dr. J. Zawadzkiego odbyło się posiedzenie Zarządu. Obecni byli pp. Dr. K. Orzechowski; dr. J. Mazurek. dr. L. Sobieszczański, J. Wegner, I. Markowski, M. Przyjemski.

Po uczczeniu Pamięci długoletnie o członka Zarządu Towarzystwa ś. p. dr. Walentego Rudzińskiego przez powstanie, postanowiono:

1) przyjąć do wiadomości a) zestawienie ogólne za rok 1934 (nieostateczne) przychód zł. 192.000 gr. 40, rozchód zł. 177.296 gr. 98 (bez amortyzacji); b) zestawienie kasowe za m. styczeń r. b. do 30.I wł. przychód zł. 20.126 gr. 08. rozchód zł. 18.516 gr. 91. Stan P. K. O. zł. 1.115 gr. 53; K. K. O. zł. 5.580;

2) przyjąć do wiadomości wykaz długów dostawcom. zł. 7.913 gr. 27;

3) wyznaczyć komisję inwentarzową w składzie: Skarbnik J. Wegner, dr. Mazurek I. Markowski i R. Kunkel.

3) mianować dr. P. Wieczorkiewicza lekarzem miejscowym, dr. dr. Z. Zdrojewskiego i K. Sroczyńskiego zapasowymi lekarzami, udzielić urlopu miesięcznego dr. K. Kanarskiemu.

Na tem posiedzenie zamknięto o g. 21 i poł.

2 Posiedzenia Lekarzy Pogotowia Ratunkowego w Warszawie.

Dnia 31 stycznia 1935 r. o godzinie 20 m. 30 w Sali Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej odbyło się kolejne posiedzenie lekarzy Pogotowia Ratunkowego pod przewodnictwem kol. Perla przy udziale 17 kolegów.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu z poprzedniego zebrania, oraz rozpatrzeniu spraw bieżących, kol. Wąsowski odczytał referat pod tytułem „Odmrożenia".

W dyskusji zabrali głos kol. Obarski, Sroczyński, Raschpichler, Perl, Zdrojewski i Śledziewski.

Obarski zwracał uwagę na trudności, z jakiemi może się spotkać lekarz na ulicy a dotyczące stwierdzenia zgonu zmarzniętego; baczną uwagę zwracać należy również, jeżeli chodzi o pijanych, leżących na uli y w okresie silnych mrozów. W sprawie stosowania pituglandolu w krwotokach płucnych — kol. Badyńska mówi o skuteczności działania tego preparatu.

Posiedzenie zakończono o godzinie 22.

Statystyka Stacyj Ratunkowych.

za m. wrzesień 1934 r.

		Warszawa	Kraków	Lwów	Łódź	Wilno	Poznań	Lublin
	Udzielono pomocy osobom:	2794	1194	—	951	603	617	—
	Na mieście	671	526	—	498	238	330	—
	W ambulatorjach	2123	668	—	453	365	287	—
	Mężczyznom	1411	641	—	455	256	323	—
	Kobietom	816	522	—	368	261	223	—
	Dzieciom do lat 15 . . .	567	31	—	128	86	71	—
	Odwieziono do szpitali .	309	490	—	260	169	85	—
	Odwieziono do domu . .	99	41	—	65	18	15	—
Zasłabnięcia nagłe	Napady nerwowe. . . .	32	14	—	13	9	11	—
	Osłabienia i omdlenia . .	34	36	—	48	25	39	—
	Zatrucia wyskokiem . . .	15	9	—	2	4	7	—
	Zatrucia pokarmami . . .	14	2	—	11	—	11	—
	Zatrucia gazami	7	4	—	—	5	1	—
	Inne zasłabnięcia. . . .	233	39	—	162	147	70	—
	Śmierci	*) 12	*) 9	—	5	4	4	—
	Razem.	335	104	–	241	194	143	—
Urazy	Wstrząs	1	2	—	—	2	5	—
	Rany, cięte, kłute, tłucz. i td.	1101	511	—	231	205	181	—
	Rany postrzałowe. . . .	18	4	—	2	6	2	—
	Złamania kości	151	19	—	33	23	25	—
	Krwotoki	23	2	—	35	21	13	—
	Oparzenia term. i chemicz.	61	10	—	8	11	8	—
	Ciała obce i udławienia .	285	148	—	130	28	24	—
	Inne urazy	665	15	—	133	60	77	—
	Smierci	*) 5	—	—	*) 6	3	—	—
	Razem.	2305	711	—	572	359	335	—
Zamachy samobójcze	Otrucia	90	8	—	16	13	9	—
	Postrzały.	4	2	—	2	—	1	—
	Rany cięte i kłute . . .	10	3	—	1	—	—	—
	Powieszenia.	4	1	—	2	—	—	—
	Utopienia	1	—	—	1	—	—	—
	Rzucenia się z wysokości.	17	1	—	2	—	—	—
	Inne	1	2	—	—	—	—	—
	Smierci	*) 11	*) 4	—	*) 4	—	2	—
	Razem.	127	17	—	24	13	12	—
Urazy według przyczyny	Przejechania przez: Inne pojazdy .	613	18	—	20	—	5	—
	Przejechania przez: Samochody .	21	3	—	10	—	3	—
	Przejechania przez: Tramwaje . .	93	11	—	8	—	12	—
	Upadki z wysokości. . .	112	10	—	6	—	11	—
	Napady i rozprawy nożowe	156	12	—	74	—	15	—
	Bójki	346	35	—	68	—	14	—
	Obłąkanie	—	2	—	11	—	3	—
	Porody i poronienia . .	16	5	—	101	31	1	—
	Symulacje	11	2	—	2	1	9	—
	Wezwania niewłaściwe. .	18	4	—	15	5	1	—
	Przewozy chorych . . .	197	311	—	—	79	113	—

*) Wtem

Statystyka Stacyj Ratunkowych
za m. październik 1934 r.

		Warszawa	Kraków	Lwów	Łódź	Wilno	Poznań	Lublin
	Udzielono pomocy osobom:	2.566	1.333	—	788	536	528	—
	Na mieście	590	698	—	418	208	311	—
	W ambulatorjach	1.976	635	—	370	328	217	—
	Mężczyznom	1.376	698	—	359	214	260	—
	Kobietom	773	582	—	350	229	196	—
	Dzieciom do lat 15 . . .	417	53	—	79	93	72	—
	Odwieziono do szpitali .	293	601	—	247	132	76	—
	Odwieziono do domu . .	90	29	—	51	7	12	—
Zasłabnięcia nagłe	Napady nerwowe . . .	28	19	—	19	12	7	—
	Osłabienia i omdlenia . .	15	51	—	51	24	34	—
	Zatrucia wyskokiem . . .	11	13	—	5	2	6	—
	Zatrucia pokarmami . . .	8	6	—	2	—	—	—
	Zatrucia gazami	5	4	—	2	2	4	—
	Inne zasłabnięcia	248	42	—	95	142	60	—
	Śmierci	*) 18	*) 6	—	11	10	5	—
	Razem	315	135	—	183	192	116	—
Urazy	Wstrząs	—	4	—	1	—	1	—
	Rany cięte, kłute, tłucz. i t.d.	990	501	—	217	178	149	—
	Rany postrzałowe. . . .	16	6	—	1	1	—	—
	Złamania kości	115	28	—	17	17	19	—
	Krwotoki	24	3	—	26	18	29	—
	Oparzenia term. i chemicz.	46	31	—	10	11	6	—
	Ciała obce i udławienia .	339	180	—	107	18	8	—
	Inne urazy	574	16	—	80	57	70	—
	Śmierci	*) 7	*) 1	—	5	2	—	—
	Razem	2.104	769	—	464	302	282	—
Zamachy samobój.	Otrucia	86	13	—	18	7	10	—
	Postrzały	4	—	—	3	—	—	—
	Rany cięte i kłute . . .	10	1	—	4	—	—	—
	Powieszenia	1	2	—	3	—	—	—
	Utopienia	1	—	—	—	—	—	—
	Rzucenie się z wysokości	12	1	—	2	—	—	—
	Inne	1	2	—	—	—	—	—
	Śmierci	*) 10	*) 2	—	*) 3	1	1	—
	Razem . , ...	115	19	—	30	8	11	—
Urazy według przyczyn	Przejechania przez: Samochody .	68	8	—	10	—	6	—
	Przejechania przez: Tramwaje . .	18	1	—	6	—	1	—
	Przejechania przez: Inne pojazdy .	79	9	—	16	—	3	—
	Upadki z wysokości. . .	—	6	—	77	—	13	—
	Napady i rozprawy nożowe	144	13	—	70	—	6	—
	Bójki	290	33	—	7	—	10	—
	Obłąkanie	4	4	—	3	2	1	—
	Porody i poronienia. . .	20	7	—	107	19	4	—
	Symulacje	7	2	—	1	—	1	—
	Wezwania niewłaściwe . .	26	12	—	15	13	4	—
	Przewozy chorych . . .	230	409	—	—	103	109	—
	Rażenie prądem elektrycz.	**) 1	—	—	—	—	—	—

*) W tem **) zgon.

Statystyka Stacyj Ratunkowych

za m. listopad 1934 r.

		Warszawa	Kraków	Lwów	Łódź	Wilno	Poznań	Lublin
	Udzielono pomocy osobom:	2224	1171	—	716	502	523	—
	Na mieście	539	483	—	383	226	316	—
	W ambulatorjach	1685	638	—	333	275	207	—
	Mężczyznom	1159	673	—	326	207	284	—
	Kobietom . . , . . .	779	458	—	319	258	174	—
	Dzieciom do lat 15 . . .	286	40	—	71	47	65	—
	Odwieziono do szpitali .	266	411	—	229	136	67	—
	Odwieziono do domu . !	75	36	—	41	12	9	—
Zasłabnięcia nagłe	Napady nerwowe	22	16	—	22	24	5	—
	Osłabienia i omdlenia . .	15	41	—	46	24	33	—
	Zatrucia wyskokiem . . .	11	8	—	5	7	1	—
	Zatrucia pokarmami . . .	1	—	—	100	—	4	—
	Zatrucia gazami	6	3	—	6	2	3	—
	Inne zasłabnięcia	220	28	—	—	133	55	—
	Śmierci	*) 20	*) 8	—	—	4	5	—
	Razem	275	96	—	179	194	106	—
Urazy	Wstrząs	—	3	—	—	—	10	—
	Rany cięte, kłute, tłucz. i td.	787	411	—	171	142	138	—
	Rany postrzałowe . . .	5	3	—	10	3	2	—
	Złamania kości	121	18	—	17	17	19	—
	Krwotoki	22	2	—	31	15	28	—
	Oparzenia term. i chemicz.	49	43	—	7	6	10	—
	Ciała obce i udławienia .	337	204	—	120	22	11	—
	Inne urazy	484	11	—	63	56	48	—
	Śmierci	*) 5	*) 1	—	*) 3	2	1	—
	Razem	1802	695	—	419	263	267	—
Zamachy samobójcze	Otrucia	88	11	—	12	9	10	—
	Postrzały	4	6	—	3	1	—	—
	Rany cięte i kłute . . .	5	3	—	2	—	—	—
	Powieszenia	3	1	—	2	—	—	—
	Utopienia	3	—	—	1	—	—	—
	Rzucenia się z wysokości .	8	—	—	1	—	—	—
	Inne	2	3	—	2	—	—	—
	Śmierci	*) 13	*) 2	—	*) 5	2	5	—
	Razem	113	23	—	53	12	15	—
Urazy według przyczyny	Przejechania przez Samochody . .	40	9	—	8	—	22	—
	Przejechania przez Tramwaje . .	25	1	—	6	—	3	—
	Przejechania przez Inne pojazdy .	59	4	—	7	—	5	—
	Upadki z wysokości . .	55	4	—	3	—	6	—
	Napady i rozprawy nożowe	96	12	—	63	—	9	—
	Bójki	250	21	—	56	—	8	—
	Obłąkanie	4	8	—	4	3	3	—
	Porody i poronienia . .	25	6	—	89	25	—	—
	Symulacje	4	8	—	2	—	2	—
	Wezwania niewłaściwe . .	9	15	—	10	5	2	—
	Przewozy chorych . . .	169	343	—	1	81	129	—
	Rażenie prądem elektr. . .	**) 1	—	—	—	—	—	—

*) W tem **) zgon

Przegląd czasopism.

Dr. W. Felc w pracy swej pod tytułem **„Zmiany anatomo-patalogiczne u samobójców"** przychodzi do następujących b. ciekawych wniosków, a mianowicie:

1) Przedewszystkiem stwierdzić należy, że nie znaleźliśmy takich zmian chorobowych, które byłyby znamienne dla samobojców.

Między innemi, t. zw. stan grasiczo - chłonny jest cechą młodego i zdrowego organizmu, cechą, której powyżej lat 40 z reguły się nie spotyka.

Stan ten nie odgrywa żadnej roli w przypadkach samobójstwa.

2) Stany fizjologiczne jak miesiączka, okres trawienia i t. p. nic charakterystycznego w odniesieniu do samobójstwa nie przedstawiają.

Mogą może niekiedy wskutek indywidualnej reakcji i indywidualnych warunków być czynnikiem sprzyjającym, jednak nie mogą byc uważane za swoiste dla samobójców.

3) Stwierdzenie w niektórych przypadkach przewagi zmian chorobowych lub też ich zespołów u samobójców w porównaniu ze zmianami znajdywanemi u zmarłych inną śmiercią gwałtowną, nie odmawiając im znaczenia czynnika usposabiającego czy też nawet wyzwalającego zamach samobójczy, nie upoważnia do traktowania tych zmian jako specyficznych cech samobójstwa.

4) Wyprowadzenie wniosków o stanie władz psychicznych jednostki w chwili popełnienia zamachu samobójczego, na podstawie litylko zmian anatomo-patologicznych, nie wydaje się nam uzasadnione.

Samobójstwa bywają popełniane również i przez ludzi zupełnie zdrowych pod względem cielesnym jak i umysłowym.

(Czasopismo Sądowo-Lekarskie Nr. 3 rok VII—1934).

J. P. Price. Zatrucia naftą u dzieci. Sammlung v. Vergiftungsfalle 1933. Pomimo, że nafta i dziś jest przedmiotem bardzo częstego użytku dla każdego dostępnym, rzadko jest przyczną zatrucia. Tem więcej zatem zasługują na uwagę cztery przypadki zatrucia naftą dzieci w wieku od lat 11 miesięcy do 24 miesięcy, które przypadkowo znalazłszy flaszkę z naftą, część jej wypiły.

W trzech przypadkach nastąpiło po trzech godzinach zupełne wyzdrowienie, w jednym zgon po kilkunastu godzinach przy objawach powolnego osłabienia akcji serca. Objawy zatrucia przedewszystkiem zależą od ilości i rodzaju nafty.

Po użyciu jej drogą doustną występuje zadrażnienie narządów trawienia, palenie w ustach, gardzieli i przełyku, wymioty, a potem bóle przy oddawaniu moczu. Jako następstwo wdychania nafty zjawia się kaszel, w poważniejszych przypadkach —sinica, osłabienie tętna, coma. W krwi zatrutych znajdowano methemoglobinę. Właściwej odrutki przeciwko nafcie nie znamy; płukanie i środki czyszczące są przedewszystkiem wskazane, pozatem środki wzmacniające.

W. D.

(Czasopismo Sądowo-Lekarskie Rok VII Nr. 3 1934).

Macht. Ztrucie Węglanem baru. Sammlung v. Vergiftungsfalle 1933. Pewien 30-letni mężczyzna przez pomyłkę zamiast sody zażył o godz. 11 wieczorem $1^1/_2$ łyżeczki od herbaty węglanu baru, a następnie położył się spać.

Zbudził się około $3^1/_2$ rano, gdy wystąpiły silne bóle brzucha i wymioty, potem rozwolnienie, bóle całego ciała i ogólne znaczne osłabienie. Chorego bardzo osłabionego, lecz przytomnego odwieziono do szpitala. W szpitalu wymioty ustąpiły, ukazał się natomiast niedowład obu kończyn dolnych, chory z trudem mógł się poruszać, robił wrażenie umierającego, mocz nie odchodził. Zastosowano rozmaite środki wzmacniające oraz płukanie żołądka i t. p. Powoli nastąpiła poprawa i chory po 6 dniach, na drodze do wyzdrowienia opuścił szpital.

W. D.

(Czasopismo Sądowo-Lekarskie. Rok VII Nr. 3 1934).

Kpt. Inżynier Stefan Korolec w pracy pod tytułem **„Pochłaniacze przeciwgazowe"** mowi, jak następuje:

Obrona przeciwgazowa, dążąc do idealnej ochrony organizmu ludzkiego, musiała chociaż częściowo usunąć wady węgla aktywowanego, wprowadzając do pochłaniaczy węglowych dodatkową warstwę zasadową, któraby na drodze chemicznej niszczyła chlorowodór, cyjanowodór i inne kwasy. Tak powstały pochłaniacze węglowo-zasadowe. Warstwa zasadowa w pochłaniaczach węglowo-zasadowych składa się z granulek porowatych, sporządzonych z wodorotlenków.

Znane obecnie granulki alkaliczne można podzielić na trzy rodzaje:

1) granulki z wapna sodowanego,
2) granulki pumeksowo-sodowe i
3) granulki z wodorotlenku żelazowego.

1. Granulki z wapna sodowanego. Opisywane w literaturze wapno sodowane ma w przybliżeniu skład następujący:

wodorotlenku wapnia $Ca(OH)_2$	57%
cementu	18%
ziemi okrzemkowej	9%
wodorotlenku sodowego NaHO	1,5%
wilgoci około	13%

Jak widać z tego zestawienia, główne zadanie niszczenia „gazów" spełnia wapno gaszone; wszystkie inne substancje, wchodzące w skład tej mieszaniny, mają charakter drugorzędny. A mianowice: cement służy do nadania granulkom odpowiedniej twardości, której wapno gaszone nie posiada; ziemia okrzemkowa dodawana jest celem nadania masie porowatości; wodorotlenek sodowy zaś, jako związek nadzwyczaj hydroskopijny, utrzymuje w tej mieszaninie około 13% wody, niezbędnej do nadania granulkom aktywności chemicznej.

Praca tych granulek przedstawia się następująco: jeżeli naprzykład pochłaniacz pracuje w atmosferze fosgenu, to produkty jego hydrolizy są zobojętniane wodorotlenkiem wapnia na odpowiednie sole, które pozostają w pochłaniaczu.

$$1)\quad COCl_2 + H_2O = 2HCl + CO_2$$
$$2)\quad CA/OH_2 + 2HCl = CaCl_2 + 2H_2O$$
$$3)\quad Ca(OH)_2 + CO_2 = CaCO_3 + H_2O$$
$$COCl_2 + 2Ca/OH/_2 = CaCO_3 + CaCl_2 \cdot 2H_2O$$

2. Granulki pumeksowo-sodowe są sporządzane z pumeksu nasyconego roztworem wodorotlenku sodowego i następnie wysuszonego. Granulki te, w porównaniu do wapna sodowanego, mają ten plus, że posiadają nadzwyczaj rozwiniętą powierzchnię chłonną; wadą ich natomiast jest mała ilość materjału czynnego (NaOH). Praca tych granulek jest nadzwyczaj sprawna, wiążą one wszystkie gazy o charakterze kwasowym, analogicznie jak i wapno sodowane.

Wreszcie granulki z wodorotlenku żelazowego w porównaniu do uprzednio rozpatrywanych mają tę zaletę, że posiadają znaczną powierzchnię czynną i materjał w nich zawarty prawie całkowicie jest wykorzystany do niszczenia kwasów.

Kpt. Inż. *Stefan Korolec*
Biuletyn Gazowy L. O. P. P. Nr. 1, 2, r. 1934.

Guisez. Leczenie zwężen bliznowatych przełyku spowodowanych oparzeniami. (La Presse Med. 1933 r. Nr. 73).

Autor podaje swoje spostrzeżenie na podstawie bogatego materjału klinicznego. Uwzględnia przedewszystkiem oparzenia płynami żrącemi, jak np. ługi. Autor leczył 360 podobnych wypadków, przeważnie ciężkie postacie zwężeń z całkowitą niemożnością połykania, a nawet takie zwężenia, których nie można było sforsować zgłębnikiem nitkowatym. Trudności przy wprowadzeniu zgłębnika na ślepo, bez kontroli wzroku są, następujące:

1) znaczne zwężenie, które czasem przepuszcza zaledwie koniec szpilki,

2) odśrodkowe położenie zwężonego otworu, który w dodatku może być ukryty w fałdach błony śluzowej, tak, że nawet pod kontrolą wzroku trudno czasem go znaleźć,

3) większa ilość tych zwężeń, usadowionych czasem na różnych wysokościach. Największe zwężenie znajduje się zwykle w miejscu fizjologicznego zwężenia, w dolnej trzeciej części przełyku, powyżej otworu w przeponie.

Autor rozpoczyna leczenie w ten sposób, że wprowadza do zwężonego miejsca zgłębnik nitkowaty, pod kontrolą wzroku, posługując się wziernikiem przełykowym i pozostawia w tem miejscu wziernik przez kilka godzin. Autor wykonywał zwykle u chorych, leczonych tą metodą, przetokę żołądkową. Zgłębnik był wprowadzony po znieczuleniu powierzchownem błony śluzowej roztworem 5%-wym kokainy z adrenaliną. O wyniku leczenia decyduje pierwsze pomyślne wprowadzenie zgłębnika. Następne grubsze zgłębniki nie powodują przy wprowadzeniu żadnych trudności. Po rozszerzeniu zwężenia do 6—8 mm. wprowadza się rurę zgłębnika przełykowego głębiej i tak samo, jak poprzędnio, rozszerza się dalsze przewężone części przełyku.

Zdarzały się jednak i wypadki trudniejsze, w których musiał autor stosować t. zw. „zgłębnikowanie bez końca". Stosował w tych przypadkach zgłębniki z nakrętką, do której dołączano następny zgłębnik grubszy, wyciągając ten łańcuch zgłębnikowy przez otwór w ścianie żołądka. Autor stosował również w najtrudniejszych przypadkach połączenie zgłębnika z elektrolizą okrężną, oczywiście pod kontrolą wziernika, przyczem elektroda dodatnia spoczywała na mostku, zaś elektrodę ujemną stanowiła oliwka niklowa na końcu zgłębnika, przy natężeniu prądu 12—15 miliamperów. Pod wpływem prądu blizna w miejscu przewożonem staje się miększą i podatniejszą na rozszerzenie. W 360 wypadkach nie udało się wyleczyć zwężenia tylko w 6 przypadkach.

Według streszczenia Dr. Ludwika Krzewińskiego. Biuletyn Gazowy Nr. 3 — 1934 r. V-ty.

Starkenstein: Czy podskórne wstrzykiwanie adrenaliny posiada działanie podnoszenia ciśnienia krwi?

Autor na podstawie swoich badań wykazał, że po wstrzyknięciu podskórnie adrenaliny w ilości 3 mg. ciśnienie krwi królika w ciągu 10 minut podniosło się z 96 na 128 mm., poczem spadło do normy. Nowsze badania Wedena potwierdziły spostrzeżenia Starkensteina. Następne badania wykazały, że tam, gdzie po wstrzyknięciu pod skórę adrenaliny nie było żadndgo efektu, następne wstrzyknięcie adrenaliny do żyły wydatnie zwiększyło ciśnienie i to w stopniu znaczniejszym, niż wypadało by tylko z samego wstrzyknięcia dożylnego tej samej ilości adrenaliny. Praktycznie ma to znaczenie, że szybko przemijający efekt po dożylnem wstrzyknięciu adrenaliny można wzmocnić przez jednorazowe wstrzyknięcie pod skórę większej ilości adrenaliny (1 : 100).

M. M. W. str. 200 r. 1935 — z posiedzenia niemieckiego Związku Lekarzy w Pradze z dn, 4/XII. 1934 r.

Notatka. W jednem z codziennych czasopism z dnia 24/II.35 r. ukazała się następująca notatka:

Wadliwa instalacja łazienek.

Współdzielni urzędników przy ul. Czerniakowskiej zanotowano kilka nieszczęśliwych wypadków zatrucia gazem, ulatniającym się z piecyków w pokojach kąpielowych. W pięciu wypadkach skończyło się na chorobie lokatorów, kiedy jednak nastąpiła śmierć J. S., w sprawę wdały się władze prokuratorskie.

Biegli z gazowni i politechniki stwierdzili wadliwe wykonanie instalacji piecyków gazowych. Przewody, odprowadzające wyziewy po spaleniu gazu, były zbudowane niezgodnie z planem, przedstawionym w inspekcji budowlanej. Po pierwszym wypadku inspekcja nakazała poprawki, które jednak nie były uskutecznione. Władze opieczętowały 100 łazienek w całym domu i postanowiły pociągnąć do odpowiedzialności budowniczego i odpowiedzialnego zarządcę spółdzielni".

W omawianej sprawie w następnych numerach „Doraźnej Pomocy Lekarskiej" ukaże się praca pod tytułem „W sprawie zachorowań i zgonów w wannach".

Od Redakcji,

Redaktor: **Dr. Fr. Obarski.** Wydawca: Polski Komitet do spraw ratownictwa i pierwszej pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych.
Redakcja czynna codziennie od godz. 9 rano do 13 prócz świąt.

Prenumerata miejscowa i zamiejscowa rocznie 9 zł. Pojedyńczy egzemplarz 1 zł.

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Leszno 58 tel. 11-69-00

Druk. „BAGATELA" Al. Jerozolimskie 29, Tel. 9-40-99